

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Toni Frgačić

**Mentalizacija i teorija uma u medicini 21.
stoljeća**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Toni Frgačić

**Mentalizacija i teorija uma u medicini 21.
stoljeća**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb pod vodstvom doc. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

Popis kratica

AAI – Intervju modela privrženosti za odrasle (eng. *Adult Attachment Interview*)

BPD – granični poremećaj ličnosti (eng. *borderline personality disorder*)

fMRI – funkcionalna magnetska rezonancija (eng. *functional magnetic resonance imaging*)

IQ – kvocijent inteligencije (eng. *intelligence quotient*)

MBT – terapija temeljena na mentalizaciji (eng. *mentalization-based treatment*)

PDI – Intervju razvoja roditelja (eng. *Parental Development Interview*)

PET – pozitronska emisijska tomografija (eng. *positron emission tomography*)

RF – reflektivna funkcija (eng. *reflective function*)

TMS – transkranijalna magnetska stimulacija (eng. *transcranial magnetic stimulation*)

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod.....	1
2. Teorija uma	2
3. Mentalizacija	5
4. Neurobiologijske osnove teorije uma, mentalizacije i privrženosti.....	11
5. Operacionalizacija i mjerenje mentalizacije.....	15
6. Poremećaji i deficiti mentalizacije	17
7. Preklapajući pojmovi i koncepti	22
8. Mentalizacija u terapiji.....	26
9. Zaključak.....	31
Zahvale.....	32
Literatura	33
Životopis	36

Sažetak

Mentalizacija u medicini 21. stoljeća

Toni Frgačić

Cilj ovog rada je osvrnuti se na koncepte mentalizacije i teorije uma, njihove upotrebe u razumijevanju psihičkog funkcioniranja i liječenja različitih psihijatrijskih poremećaja poput graničnog poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja. Dok je teorija uma više filozofski i znanstveni koncept, njen spoj sa psihoanalitičkim idejama kao što je teorija privrženosti, na taj način konstituira koncept mentalizacije, koja se tiče kompleksnog interpersonalnog razumijevanja sebe i drugih te sposobnosti razmišljanja koja omogućuju pojedincu da se suočava sa socijalnim svijetom i razvija stabilni self.

Mentalizacija je organizirana na tri dihotomne dimenzije: self-druga osoba, implicitno-eksplicitno te kognitivno-afektivno. Djelomično preklapajući koncepti kao što su simbolizacija, mentalna ispunjenost, psihološka umna naklonost, empatija i afektivna svijest, razvijani su tijekom povijesti psihoanalize. Mentalizacija se procjenjuje, iako ne s potpunom validnošću, mjerom reflektivne funkcije, čija je skala implementirana u semistrukturirani klinički intervju – Intervju modela privrženosti za odrasle. Iako je koncept mentalizacije koristan alat u provođenju opravdanog pristupa liječenju, mogao bi biti preopširan i multidimenzionalan za operacionalizaciju kao marker za specifične poremećaje poput graničnog poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja. Potrebna su dodatna istraživanja da pojasne prednosti i nedostatke mentalizacije te kako se ista razlikuje od preklapajućih koncepata. Kroz pregled recentne i povijesne, dostupne literature, ovaj rad donosi analizu ove kompleksne teme.

Ključne riječi: mentalizacija, teorija uma, teorija privrženosti, terapija temeljena na mentalizaciji

Summary

Mentalization in 21st century medicine

Toni Frgačić

This thesis aims to review the concepts of mentalization and the theory of mind, and their application in the understanding of psychological functioning and treatment of various psychiatric disorders such as borderline personality disorder and eating disorders. While the theory of mind is more of a philosophic and scientific concept, its conjunction with psychoanalytic ideas, such as attachment theory, thus constituting mentalization, concerns the interpersonally complex understandings of oneself and others, and the reflective abilities that enable an individual to face the social world and develop a stable sense of self.

Mentalization is organized around three dichotomous dimensions: self-others, implicit-explicit and cognitive-affective. Partially overlapping concepts such as symbol formation, mindfulness, psychological mindedness, empathy and affect consciousness have been developed throughout psychoanalytic history. Mentalization is assessed, though not with full validity, by the measure of reflective function, a scale that is to be implemented in the Adult Attachment Interview – a semistructured clinical interview. Although the concept of mentalization is a useful tool to implement a valid treatment approach, it may be too broad and multidimensional to be operationalized as a marker for specific disorders such as borderline personality disorder or eating disorders. Additional research is required to clarify its benefits, disadvantages and differences with overlapping concepts. By reviewing recent and more historically available literature, an analysis of this complex subject is given in this thesis.

Key words: mentalization, theory of mind, attachment theory, mentalization based therapy

1. Uvod

Psihijatrija je medicinska specijalnost koja se bavi proučavanjem, dijagnosticiranjem, prevencijom i liječenjem mentalnih poremećaja. Kao dio znanstveno utemeljene medicine bavi se umom i mentalnim zdravljem, za razliku od ostalih specijalnosti koje su ponajviše okrenute fizičkom zdravlju. Kroz studij sam stekao velik interes za psihijatriju, jer me oduvijek interesiralo kako ljudi razmišljaju i zašto razmišljaju tako kako razmišljaju. Biopsihosocijalni model čovjekovog zdravlja je u psihijatriji u punom fokusu, jer je čovjek kao jedinka karakteriziran njegovim biološkim (fizičkim) funkcioniranjem vlastitog tijela, socijalnim funkcioniranjem kao sudionika društvene zajednice i psihološkim-umnim funkcioniranjem, koje ga razlikuje od svih ostalih bića.

Psihijatrija je povezana s brojnim znanostima i znanstvenim disciplinama koje upotpunjuju njeno tijelo znanja, kao npr. sa psihologijom i filozofijom uma. Stoga se katkada psihijatriju neopravdano smatra kao specijalnost koja je u medicini najviše po strani, jer se bavi umom odnosno onim što je metafizičko (neopipljivo) kod čovjeka. Ipak, kroz povijest medicine psihijatrija se razvijala, kroz svoja svijetla i mračna razdoblja, uvijek kao poveznica fizičkog i psihičkog.

Brojne su teorije i smjerovi u psihoanalizi i psihoterapiji utabale put suvremenom pristupu i shvaćanju mentalnog funkcioniranja i mentalnih poremećaja. Smatram da su se dva teorijska koncepta posebno istakla kao značajna i zanimljiva. Prvi je teorija uma kao kognitivno-znanstveni postulat o inherentnoj sposobnosti razlučivanja sebe samih od drugih, a drugi je mentalizacija kao psihoanalitički koncept razumijevanja sebe samih i drugih, nastao utjecajem i razvojem teorije uma i teorije privrženosti. Iako su oba koncepta prisutna u znanosti već dulje vrijeme, njihov utjecaj dobio je zamah tek posljednjih petnaestak godina te se razvija svakim danom sve više, kao što se i psihijatrija izrazito brzo razvija kao moderna medicinska specijalnost 21. stoljeća.

2. Teorija uma

Od samih začetaka filozofije i filozofskog razmišljanja jedna od glavnih problematika bila je odnos tijelo-um odnosno mozak-um. Iako je definicija uma u rječniku: „element osobe koji omogućuje da opaža svijet i vlastita iskustva, razmišlja i osjeća odnosno inherentna sposobnost svijesti i mišljenja“ (Stevenson, 2010), njena jednoznačnost je propitivana kroz čitavu povijest filozofije uma.

Glavni smjerovi u toj grani filozofije jesu monizam i dualizam. Dualizam je postavio francuski filozof R. Descartes, on je tvrdio da su tijelo i um u potpunosti razdvojeni, ali mogu utjecati jedno na drugo. Monistički filozofi smatraju pak da su mozak i um objedinjeni i nerazdvojni ontološki. Takvu je perspektivu pokušao racionalizirati B. Spinoza u 17. st. On je zastupao neutralni pogled na monizam, za razliku od idealističkog pogleda koji kaže da je sve oko nas um, a i sam um je vlastiti samoproizvod. Također postoji i fizikalistički pogled, koji je danas najčešći u zapadnoj filozofiji i koji kaže da je um proizvod mozga, ali se znanost još nije dovoljno razvila da bi to u potpunosti objasnila (Honderich, 2005).

Predstavnik fizikalističkog pogleda i ideator biološkog naturalizma, američki filozof John Searle smatra da su svi mentalni fenomeni odlika neurobiološkog djelovanja na najnižoj razini, a svijest i mišljenje više neurobiološke funkcije mozga. Searle je zajedno s Danielom Dennetom, također američkim filozofom zagovornik intencionalnog stava (eng. *intentional stance*), sposobnosti uma da stvara reprezentacije o sebi i svijetu koji ga okružuje. To nas dovodi do koncepta odnosno teorije uma (eng. *theory of mind*) kojom se objašnjava sposobnost uma da pridružuje vjerovanja, stavove, želje, znanja itd., sebi ili drugima. U tom je kontekstu ključna intencionalnost odnosno shvaćanje „namjernosti“ postojanja nekog ili nečega, što Dennet još naziva i teleofunkcionalnost (funkcijska svrha). Jedino onda kada možemo pridružiti određena mentalna stanja sebi, a shvaćamo da su neka druga mentalna stanja u tom istom trenutku prisutna kod neke druge osobe, možemo razgraničiti self od drugoga, što je zapravo podloga interpersonalnim odnosima (Dennett, 1996; Giannoni & Corradi, 2006).

Kognitivna znanost za razliku od filozofije koristi znanstvenu metodologiju i pokušava empirijski dokazati vlastite hipoteze kao i svaka prirodna znanost. Na taj način je kognitivna psihologija proširila granice poimanja mnogih mentalnih

fenomena. Međutim, koncept subjektivnosti ovdje ne pronalazi svoje mjesto s obzirom da je razgraničen od objektivnosti i time nemjerljiv odnosno empirijski nepoznat znanstvenom metodologijom. Dennett smatra subjektivnost zanemarivom, jer s obzirom da se ne može metodološki objasniti ona predstavlja zapravo samo razrađenu iluziju koju nam predstavlja um (Dennett, 1996; Giannoni & Corradi, 2006).

Psihoanaliza koja izučava subjektivnost po toj postavci ne bi bila znanstvena, no ipak psihoanaliza ima nezamjenjivu ulogu u shvaćanju intrapersonalnog i interpersonalnog funkcioniranja pojedinaca i iz iste su proizašli brojni pravci u psihologiji, a primjena psihoanalize u kliničkom radu dovela je do razumijevanja psihopatologije koju čak ni znanost do jedne razine ne može dovesti. Psihoanaliza ne može zanemariti kognitivnu psihologiju ni ostale znanosti s obzirom da istražuje naturalističke aspekte subjektivnosti, ali ne može se ni s istima izjednačiti, jer bi tada izgubila glavni objekt svog izučavanja. To bi značilo da se u psihoanalizi subjektivnost ne može u potpunosti reducirati na naturalističke mehanizme (neurobiološku osnovu), ali ona ipak proizlazi iz mozga. To nas sve skupa ponovo dovodi do monističkog fizikalističkog poimanja odnosa mozak-um (Giannoni & Corradi, 2006; Tordjman, 2010).

Operacionalizaciju teorije uma zapravo su prvi ostvarili primatolozi, istraživanjem čimpanzine sposobnosti da razumije i predvidi nakane glumca u video-uradcima koje su im prezentirali. Daljnja istraživanja kod ljudi su proveli razvojni psiholozi, tako što su uveli pokus „lažnog-vjerovanja“ (eng. *false-belief task*), temeljni pokus koji je i dan danas često prva asocijacija na spomen teorije uma (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Djetetu se pokaže video-uradak u kojem dječak prije odlaska na igru izvan kuće, napola pojedenu čokoladicu sprema u kuhinjski ormar. U međuvremenu majka pronalazi čokoladicu i sprema ju u hladnjak. Tada se upita dijete gdje će dječak potražiti svoju čokoladicu kada se vrati u kuću. Sposobnost da dijete shvati da će dječak potražiti čokoladicu u ormaru, a ne u hladnjaku, jer on ne zna ono što je dijete vidjelo (da ju je majka premjestila) jest teorija uma. Dijete shvaća da dječak „lažno“ vjeruje da je čokoladica još uvijek u ormaru. Taj pokus uspješno prolaze djeca od 4 do 6 godina starosti (Frith & Frith, 2005).

Baron-Cohen i dr. su među prvima zamijetili da neurorazvojni poremećaj autizma, onemogućuje razvoj teorije uma. Autistična djeca imaju teškoća s interpersonalnim funkcioniranjem upravo zbog deficita u teoriji uma. U njihovoj studiji djeca s autizmom nisu uspješno riješila zadatak „lažnog“ vjerovanja, u usporedbi s kontrolnom skupinom djece s Downovim sindromom, što je potvrdilo specifičnost deficita za autizam, a ne za mentalnu retardaciju (Baron-Cohen et al., 1985). Teorija uma je oštećena i kod psihotičnih poremećaja, ponajprije kod shizofrenije. Meta-analiza studija kod pacijenata sa shizofrenijom ukazuje na deficite teorije uma kod istih, ali uz naglasak za potrebom istraživanja mogućih moderirajućih čimbenika (kao npr. IQ i rezidualni simptomi) (Bora et al., 2009).

U svakom slučaju teorija uma nosi za sobom brojna nerazjašnjena pitanja, predmet filozofskih i znanstvenih razmatranja. Vjerojatno ćemo jednog dana dostići razinu kojoj fizikalistički monisti teže da bi u potpunosti razumjeli odnos mozak-um.

3. Mentalizacija

U svom kliničkom radu kao psihoanalitičari, Bateman i Fonagy su prepoznali potrebu da se dotadašnja znanja iz kognitivne znanosti iskoriste u svrhu prilagođavanja i osuvremenjivanja psihoanalize te da se pomaknu korak dalje od klasičnog poimanja psihoanalize. S obzirom da su se u svakodnevnom kliničkom radu bavili ponajprije pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti, proučavanjem njihovog mentalnog funkcioniranja konceptualizirali su mentalizaciju, kao psihoanalitičku ideju s temeljima u kognitivnoj znanosti (teoriji uma) i s utjecajem drugih psihoanalitičkih ideja poglavito teorije privrženosti.

Mentalizacija je definirana kao mentalni proces kojim osoba implicitno i eksplicitno interpretira vlastite radnje i radnje drugih osoba kao smislene, na temelju intencionalnih mentalnih stanja kao što su osobne želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja i razlozi (Bateman & Fonagy, 2004). Iz definicije proizlazi nekoliko karakteristika odnosno aspekata koncepta: mentaliziranje je „meta-kognitivna“ aktivnost jer podrazumijeva interpretiranje misli i radnji odnosno razmišljanje o razmišljanjima; mentaliziranjem pridajemo smisao radnjama i mislima odnosno promišljamo o razlozima zašto netko misli to što misli ili radi to što radi; mentaliziranje je karakteristično čovjeku što se vezuje uz „intencionalni stav“ – kapacitet za projektiranjem vlastitih radnji i želja (Dennett, 1996); te naposljetku mentalizacija nije fiksni element uma, već proces odnosno kapacitet ili sposobnost koja može biti prisutna ili odsutna u većoj ili manjoj mjeri. (Holmes, 2005)

Mentalizacija vuče korijene kao što je već navedeno iz brojnih smjerova u znanosti i psihoanalizi: kognitivne psihologije odnosno znanosti, Bionove psihoanalitičke teorije objektnih odnosa, frankofonske psihoanalize te razvojne psihopatologije i Bowlbyeve teorije privrženosti.

O kognitivnoj znanosti i njenoj teoriji uma već je bilo riječi u prethodnom poglavlju. Od nje polazi pretpostavka da osoba može razumjeti da uz njegov vlastiti um i druge osobe imaju um koji nije istovjetan njegovom.

Bion, koji je bio psihoanalitičar Kleinovske škole, bavio se podrijetlom misli, a polazna točka mu je Freudova ideja da je razmišljanje (ili imaginacija) odgovor na izostanak objekta (dijete zamišlja majčinu dojku, dok majke nema). Bion razlikuje misli i aparat koji misli (um). Sposobnost mišljenja je „alfa funkcija“, koja pretvara

„beta elemente“ (misli bez mislioca) u „alfa elemente“, koji onda mogu biti promišljani odnosno mentalizirani. Bion također navodi konflikt koji postoji između „loših“ misli o izostanku objekta i kapaciteta da se modificiraju i budu promišljane. Ishod tog konflikta ovisi o kapacitetu djeteta da tolerira frustraciju koju donosi ta „loša“ misao te kapacitetu majke da prihvati i preradi projiciranu „lošu“ misao u oblik o kojem se može promišljati – „alfa element“. Ova ideja ima brojne sličnosti s Bowlbyevom teorijom privrženosti, o čemu će biti riječi kasnije. Bion je smatrao da uspješnost prerade „beta“ u „alfa“ elemente vodi k uspostavi dodirne barijere nesvjesnog sa svjesnim. To bi značilo da osoba može razlikovati neimenovane želje, somatske senzacije i preteče osjećaja iz nesvjesnog od racionalnih misli odnosno razlikovati imaginaciju od zbilje, što je jedna od ključnih komponenata mentalizacije (Holmes, 2005).

S druge strane, frankofonski psihoanalitičari koji su se više držali originalnih Freudovih ideja, smatrali su da misli proizlaze iz povezivanja slobodnih nagonskih energija. Proučavajući somatizacijske poremećaje osmislili su koncept koji je ekvivalentan anglo-saksonskom terminu aleksitimije (fr. *pensée opératoire*), nemogućnosti da se verbalno izraze vlastiti osjećaji. Iz njihove perspektive mentalizacija predstavlja potpunu suprotnost *pensée opératoire* odnosno predstavlja sposobnost da se nagonске energije pretvore u osjećaje te sposobnost da se iste reprezentiraju i promišljaju pridonoseći im smisao (Holmes, 2005).

U razvojnoj povijesti mentalizacije može se prepoznati utjecaj Winnicota i razvojne psihopatologije poglavito kada se govori o „tranzicijskom prostoru“ kojim se proširuje barijera dodira nesvjesnog sa svjesnim u pufersku zonu gdje je moguće poigravanje s mislima i osjećajima kao da su realni, dok se realitet može bezbrižno dekonstruirati kao da je fantazija. To Fonagy i Target posebno ističu u razlikovanju pre-mentalizacijskih modela mišljenja: pretvaranje (u kojem je imaginarni svijet u potpunosti odvojen od realiteta) i psihička ekvivalencija (u kojem je svijet misli i osjećaja istovjetan realitetu). Mentalizacija, po Fonagy i Target, podrazumijeva sposobnost razlikovanja tih dvaju modela, razdvajanje istih i mogućnost prelaska misli i osjećaja iz jednog u drugi (Holmes, 2005).

Najveći utjecaj u razvoju koncepta mentalizacije iz sfere psihoanalize ima Bowlbyeva teorija privrženosti. Privrženost je evolucijski odabrana kao prostor za vježbanje odnosno usvajanje mentalizacije, jer je privrženost marker zajedničkog

genetičkog materijala, recipročnih interpersonalnih odnosa i altruizma. Privrženosti je nekompetitivan odnos u kojem nije cilj nadmudrivanje jedno drugog te je zato učenje o vlastitom i tuđem umu sigurno ostvarivo. Uzimajući tu evolucijsku perspektivu u obzir, sposobnost majke (roditelja, njegovatelja ili „značajnog drugog“) da mentalizira vlastito dijete služi smanjenju djetetove potrebe da preispituje pouzdanost majke. Relaksiranje interpersonalne barijere olakšava stvaranje sigurnog modela privrženosti. Osobe koje imaju sigurni model privrženosti imaju smanjenu potrebu za aktivacijom sustava privrženosti iz unutarnjeg radnog modela (eng. *internal working model*), to nadalje znači da se mentalizacija može nesmetano razvijati s obzirom da se ne ostvaruje inhibitorni neurobiološki efekt aktiviranja privrženosti na mentalizaciju (Fonagy & Target, 2006; Holmes, 2014).

Dijete u svom razvoju već u prvim mjesecima života shvaća da ono kao jedinka može dovesti do promjena u okolini, poglavito do promjena u ponašanju i emocijama njegovatelja. To shvaćanje je moguće zbog postojanja inherentnog mehanizma detektiranja kontingentnosti njegovateljevog odgovora na njegove emocije. Ponovljeno iskustvo njegovateljevih reakcija ključno je za sposobnost djetetova razlikovanja unutarnjih stanja, što se još naziva socijalni *biofeedback*. Idealno, njegovatelj bi trebao predstavljati „sigurnu bazu“ (eng. *secure base*) odnosno imati sigurnu privrženost s djetetom, a da je i sam u prošlosti iskusio sigurnu privrženosti (Giannoni & Corradi, 2006). To bi omogućilo i osnažilo njegovateljevu sposobnost da istražuje vlastiti um te promiče isto kod djeteta. Njegovateljevo mentaliziranje djetetovih mentalnih stanja iskorištava njegovateljevu vlastitu svjesnost za promicanje djetetove svjesnosti. Kapacitet djetetova shvaćanja i regulacija emocija proizlazi iz njegovateljevog kongruentnog/kontingentnog i usklađenog zrcaljenja (eng. *congruent/contingent and marked mirroring*) djetetovog mentalnog stanja odnosno njegovatelj odgovara u skladu s djetetovim mentalnim stanjem, ali na način da ne pokazuje vlastite osjećaje koje bi zbunile dijete i njegovu svijest o sebi (Holmes, 2014).

Baldoni je ukazao na važnost i drugog njegovatelja u privrženosti (u ovom slučaju oca). U toj trijadnoj perspektivi otac ima ulogu sigurne baze za njegovu partnericu u perinatalnom periodu, kako bi mogla ostvariti pozitivan i stabilan odnos s djetetom, u tom za nju emocionalno i hormonalno neuravnoteženom razdoblju. Također, otac ima važnu ulogu kada dijete-adolescent odlazi od roditelja. Tada pruža

sigurnu bazu i djetetu, koje postaje samostalno, i majci koja se suočava s „gubitkom“ majčinske funkcije (Baldoni, 2010).

Sigurni model privrženosti također omogućuje dva važna aspekta mentalizacije, regulaciju afekta i kontrolu pažnje. Reguliranje afekta kroz privrženost se transformira u reguliranje selfa, a internalizirana njegovateljeva sposobnost da se usmjeri djetetova pažnja s nečega na nešto drugo omogućuje djetetovu kontrolu pažnje odnosno onemogućava impulzivnost koja bi spriječila djelovanje prije stvaranja mentalnog stanja o istom (Fonagy & Target, 2006).

Moguće je da su utjecaji privrženosti na razvoj mentalizacije ograničeni, kako smatraju Hughes i Leekham. Oni su odredili tri ključna ograničenja tih utjecaja: sposobnost mentaliziranja ne garantira da će ista biti upotrijebljena u pozitivne socijalne ciljeve niti garantira da se ista neće iskoristiti za zloćudne interpersonalne utjecaje; pozitivne emocije promiču mentalizaciju, a isto mogu činiti i negativne emocije; te razvoj mentalizacije je vjerojatno povezan uz brojne aspekte privrženosti kao npr. jezične kompetencije nužne za verbalizaciju afekata i mentalnih stanja (Fonagy & Target, 2006).

Stjecanje mentalizacije prolazi kroz nekoliko razvojnih stupnjeva i usko je vezano uz stjecanje teorije uma. U drugoj polovici prve godine života, dijete počinje shvaćati odnose koji povezuju radnje s njihovim izvršiteljima s jedne strane i sa svijetom s druge. Na tom stupnju procesna radnja-samoostvarenje je shvaćeno samo kao fizikalna radnja ili ograničenje. Dijete nema još uvijek reprezentaciju o mentalnim stanjima značajnog drugog (najčešće roditelja). Tijekom druge godine života dijete razvija intencionalno shvaćanje procesne radnje-samoostvarenja, gdje želje ili namjere prethode radnjama te iste mogu dovesti do promjena u umu i tijelu. Međutim, to shvaćanje ne omogućuje još uvijek mentalno reprezentiranje mentalnih stanja koja su neovisna od realiteta odnosno razlikovanje unutarnjeg i vanjskog svijeta nije postignuto (pre-mentalizacijski modeli pretvaranja i psihičke ekvivalencije). Također, mogu razlikovati cilj radnje od slučajnih posljedica. U razdoblju od 3. do 4. godine života dijete može sebe reprezentirati kao izvršitelja, shvaća da drugi ne djeluju uvijek sukladno razmišljanju, da ne reagiraju na uvijek isti način. Ono shvaća da je ljudsko ponašanje uvjetovano prolaznim mentalnim stanjima kao što su misli i osjećaji, ali i stabilnim karakteristikama kao što su osobnosti i sposobnosti. U toj dobi može integrirati model pretvaranja i psihičku ekvivalenciju u

pravo mentaliziranje odnosno shvaća da su unutarnji i vanjski svijet povezani, a da se ipak ne moraju izjednačavati ni u potpunosti odvajati. Od 6. godine nadalje, dijete može u vremenski slijed povezivati vlastite namjerne radnje i iskustva, što dovodi do stvaranja selfa koji je vremenski kontinuiran. Također, to je razdoblje shvaćanja „lažnih“ vjerovanja, ambivalencije osjećaja i utjecaja očekivanja i sklonosti k interpretaciji dvosmislenih događaja. Disrupcije u razvoju teorije uma odnosno mentalizacije mogu nastati na bilo kojem od prethodno navedenih razvojnih stupnjeva, što ovisi o brojnim unutarnjim i vanjskim čimbenicima. Također, brojne studije su pokazale da ne postoji univerzalan vremenski raspored za razvoj teorije uma i mentalizacije odnosno da postoje kulturalne razlike vezane uz brzinu i redoslijed pojave elemenata teorije uma i mentalizacije (Fonagy & Target, 2006).

U sklopu Batemanove i Fonagyve definicije identificiraju se tri važne dihotomne dimenzije mentalizacije: dva modaliteta funkcioniranja – implicitni i eksplicitni; relacija prema dvama objektima – selfu i drugoj osobi; te dva aspekta sadržaja i procesa mentalizacije – kognitivni i afektivni (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Implicitna mentalizacija podrazumijeva nesvjesne, automatske i proceduralne operacije koje osobi omogućavaju da zamišlja vlastita i tuđa mentalna stanja. Allen je to usporedio s običnim razgovorom između dviju osoba, kada prva zna kada je red na njoj, a kada red na drugoj da govori. S druge strane eksplicitna mentalizacija podrazumijeva voljno i svjesno korištenje. Psihoterapija je primjer za eksplicitno mentaliziranje u kojem psihoterapeut i pacijent nastoje voljno i svjesno mentalizirati različita mentalna stanja koja se u seansi pojavljuju. Iako su oba modaliteta suprotnih polariteta oni se međusobno ne isključuju te ih osoba može koristiti naizmjenice ili istovremeno (Allen & Fonagy, 2006). Što se tiče relacije prema selfu ili drugoj osobi, svaka ima vlastiti set mentalnih stanja kao što su npr. osjećaji, mišljenja, motivi, nakane, vjerovanja, želje, potrebe itd. Ta dva objekta mentaliziraju interaktivno u interpersonalnom kontekstu. Interagirajući i komunicirajući ta dva objekta stvaraju kompleksnu i realističnu sliku o tome što misle. To bi značilo da mentalizirajući dva prijatelja mogu međusobnom komunikacijom razriješiti neki međusobni nesporazum (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Treća dimenzija definira da sadržaji mentaliziranja mogu biti kognitivno fokusirani i afektivno opterećeni raznim intenzitetima. Također definira da procesi mentaliziranja iskorištavaju neoštećene kognitivne sposobnosti

koje se mogu integrirati s afektivnim, što predstavlja optimalnu mentalizaciju (Allen & Fonagy, 2006).

Mentalizacija je ključna za mentalno zdravlje iz mnogo razloga. Prvo, mentaliziranjem se osnažuje osjećaj da osoba sama upravlja vlastitim ponašanjem te osnažuje osjećaj da se njene različite socijalne uloge, stavovi i iskustva koherentno slažu. Drugo, mentaliziranje je temelj značajnih i održivih interpersonalnih odnosa. Interpersonalni odnos podrazumijeva susretanje dvaju umova. U tom susretu se osoba osjeća prihvaćenom i potvrđenom kada osjeća da druga osoba ima njen „um na umu“ (eng. *mind*ing the *mind*, *mind-mindedness*). Treće i posljednje, mentalizacija je ključ samoregulacije. Njome se osoba fleksibilno prilagođava i suočava s brojnim traumama, gubitcima, izazovima i distresnim osjećajima bez iskorištavanja autodestruktivnih i neprilagođenih mehanizama suočavanja (Allen et al., 2003).

4. Neurobiološkijske osnove teorije uma, mentalizacije i privrženosti

Kako je nastojanje znanosti da se teorijske postavke eksperimentalno i empirijski dokažu, tako je moderna tehnologija slikovne dijagnostike omogućila spoznavanje bioloških mehanizama u mozgu, koji se odvijaju tijekom izvođenja za ljude visoko-specifičnih funkcija kao što su misli o mislima, o sebi i o drugim osobama, nešto što su povijesno proučavale humanističke znanosti. Neuroznanost je vrlo mlada znanost i njeno tijelo znanja i dokaza raste gotovo svakodnevno i brzo, a uporabom slikovne dijagnostike omogućila je cjelovit uvid u biopsihosocijalni okvir mentalnog funkcioniranja.

Teorija uma (kao i mentalizacija) se sastoji od nekoliko kognitivnih procesa, od kojih su relevantni: reprezentacija osoba i interpersonalnih odnosa, reprezentacija reprezentacija i reprezentacija mentalnih reprezentacija. Svaki od ovih procesa se odvija u određenim područjima mozga koji su eksperimentalno određeni studijama koje su koristile slikovnu dijagnostiku.

Među prvima su Fletcher i dr., PET-om istraživali područja mozga koja su bila aktivna u čitanju i slušanju priča za čije je razumijevanje bila potrebna teorija uma. Oni su utvrdili da su pri čitanju i slušanju priča metabolički bila aktivna slijedeća područja: temporalni polovi obostrano, lijevi gornji temporalni korteks (slušanje) i stražnji cingulatni korteks (čitanje), a za razumijevanje (uporabu teorije uma): medijalni prefrontalni korteks i stražnji cingulatni korteks. Studija je također pokazala nedovoljnu aktivaciju navedenih područja kod osoba s autizmom (Fletcher et al., 1995).

Danas je uporabom fMRI-a i TMS-a dokazana aktivnost i u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu i temporoparijetalnoj junciji obostrano. Dorzolateralni prefrontalni korteks posebice onaj lijevi, izrazito je metabolički aktivan u situacijama kada je potrebna visoka razina rasuđivanja za uspoređivanje ideja i odgovora koje se suprotstavljaju, kao što je to u situacijama s dvije verzije stvarnosti (npr. zadaci „lažnog“ vjerovanja). Oštećenja ovog područja onemogućuju prihvaćanje alternativa vlastitim percepcijama. Značajna metabolička aktivnost u lijevoj temporoparijetalnoj junciji i superiornom temporalnom sulkusu prisutna je onda kada je potrebno

rasuđivanje o perspektivama bilo o mentalnim (osobna uvjerenja) ili fizičkim vizualnim reprezentacijama (fotografije svijeta). Oštećenje ovog područja onemogućuje distinkciju između konkretnog i nekonkretnog (npr. moguće je točno pročitati riječ „plava“ napisanu crvenom bojom, ali je onemogućena percepcija nečijeg tuđeg uvjerenja koje se suprotstavlja vlastitom). Nadalje, medijalni prefrontalni korteks je metabolički aktivan u situacijama kad je potrebno rasuđivati o ljudima i interpersonalnim odnosima, a desna temporoparijetalna junkcija je aktivna kada se rasuđuje isključivo o osobnim ili tuđim mislima i vjerovanjima. Ova su dva područja najčešće istovremeno aktivna, vjerojatno zato što razmišljanje o ljudima i interpersonalnim odnosima podrazumijeva i razmišljanje o mislima i vjerovanjima drugih ljudi. Ipak, medijalni prefrontalni korteks je više uključen kod razmišljanja o segmentima osoba kao što su izgled, crte ličnosti, osobni izbori i drugim stabilnim karakteristikama, a desna temporoparijetalna junkcija o dinamičkim karakteristikama (trenutačne i promjenjive misli i vjerovanja) (Saxe & Young, 2013).

Zrcalni neuroni (eng. *mirror neurons*) igraju također važnu ulogu u teoriji uma, percepcija izvođenja neke radnje (vizualna ili slušna) od strane neke osobe, subliminalno aktivira odgovarajuća područja u vlastitom mozgu kao da ona sama tu radnju izvodi. Drugim riječima, ti neuroni (najčešće smješteni u prednjem premotornom korteksu) enkodiraju radnje usmjeren objektu, bilo da su percipirane ili izvedene te pomažu u prepoznavanju cilja i razumijevanju same radnje. Mogućnost razumijevanja druge osobe jest povezana s aktivacijom ovih „zajedničkih“ reprezentacija (eng. *shared representations*) i s mogućnošću prepoznavanja značajnih obrazaca ponašanja usmjerenih cilju (Gabbard, 2005).

Ipak, razmišljanje o mislima ne pokazuje jednake funkcionalne obrasce kao kod promatranja radnji ili vlastitih iskustava. Aktivnost medijalnog prefrontalnog korteksa i posebice desne temporoparijetalne junkcije, nije vezana uz iskustva iz prve ruke ili koliko su nečija vjerovanja ili želje bliske s vlastitim. Tu je bit i značaj teorije uma: čovjek može shvatiti, objasniti i predvidjeti radnje drugih osoba pa čak i kada ovise o vjerovanjima koje mu nisu zajedničke ili koje nikad nije iskusio (Saxe & Young, 2013).

Mentalizacijski procesi se također odvijaju u prethodno navedenim područjima mozga s obzirom da je teorija uma kognitivna podloga mentalizaciji. Implicitna dimenzija mentalizacije odnosno ona koja se odvija refleksno, automatski ponajviše

je povezana s aktivnošću u području superiornog temporalnog sulkusa, za stvaranje vizualnih reprezentacija te aktivnošću zrcalnih neurona u premotornom području za automatsko prepoznavanje cilja i razumijevanje cilju usmjerene radnje. S druge strane, eksplicitna dimenzija mentalizacije, ona svjesna i verbalizirana, odvija se u medijalnom prefrontalnom korteksu i temporoparijetalnoj junkciji. Kao što je već navedeno ta su područja zadužena za rasuđivanje o interpersonalnim odnosima i tuđim mislima i mentalnim stanjima (Nolte et al., 2013; Saxe & Young, 2013).

Slikovna istraživanja su također pokazala dodatnu podjelu aktivnosti medijalnoga prefrontalnog korteksa. Ventralni dio medijalnoga orbitalnog korteksa aktivan je pri nadgledanju emocija kod sebe i drugih, dok je stražnji rostralni dio medijalnoga prefrontalnog korteksa zadužen za nadgledanje radnji, također kod sebe i drugih. Između tih dvaju područja jest prednji rostralni medijalni prefrontalni korteks koji je aktivan dok osoba misli o drugim osobama koje su joj slične iz nekog razloga te kada osoba percipira da netko pokušava komunicirati s njom. To podrazumijeva da emocionalnu komponentu neke radnje usmjerene cilju osoba može mentalizirati onda kada tu radnju izvodi netko drugi tko joj je sličan, tko vjerojatno ima slične ili iste emocije. S druge strane, ako joj druga osoba nije slična tada može mentalizirati samo racionalnu komponentu neke radnje usmjerene cilju (Frith & Frith, 2006).

Posebno je zanimljiva i karakteristična za čovjeka komunikacijska nakana, za koju je također odgovoran medijalni prefrontalni korteks i s kojom se povlači paralela na teoriju uma. Medijalni prefrontalni korteks je evolucijski izrazito uvećan i pokazuje veliku aktivnost kada se u interpersonalnom kontaktu odnosno komunikaciji mentalno stanje želi prenijeti odnosno utjecati na tuđe mentalno stanje. Osoba mentalizira i predviđa nakanu radnje druge osobe, a ta druga osoba mentalizira da ona prva predviđa nakanu njene radnje. To je najlakše objašnjivo zajednički usmjerenom pažnjom, kojom jedna osoba ukazuje drugoj pažnju na neki objekt ili radnju, ali iz stava koji im ne mora nužno biti zajednički (Frith & Frith, 2006; Saxe & Young, 2013).

Evolucijski mehanizam „borbe ili bijega“ (eng. *fight or flight*) koji se aktivira u slučajevima opasnosti inhibira mentalizaciju te uspostavlja automatsko i proceduralno ponašanje, koje ne podliježe racionalizaciji (Allen et al., 2003).

Neurobiologija privrženosti vezana je uz mezokortikolimbčki dopaminergički sustav nagrade, koji je također ključan u posredovanju procesa fizičke i emocionalne ovisnosti. Ovaj sustav osjetljiv na oksitocin i analogno kod muškaraca vazopresin ima

ključnu ulogu u uspostavljanju i održavanju privrženosti. Slikovne studije su pokazale aktivaciju dopaminergičnih područja kod majke koja gleda lice vlastitog djeteta, a najveća je aktivacija bila u strijatumu kao relejnoj stanici koja povezuje limbički i motorni sustav, integrirajući afektivne informacije iz limbičkog sustava s kognitivnim informacijama iz prefrontalnog korteksa, stvarajući ponašajne obrasce odgovora, kao npr. reagiranje majke na djetetov plač. Oksitocinski receptori su najgušće raspoređeni upravo u strijatumu, ali brojni su i u drugim dopaminergičkim regijama mezokortikolimbičkog sustava koji se asocira s privrženosti. Oksitocin facilitira socijalne funkcije kao što su sjećanja na dobre interpersonalne odnose, facijalne ekspresije, identitet i bliskost, djelujući na pojačavajuće dopaminske neuralne putove. To predstavlja važnost kod mentalizacije, jer jača pozitivna iskustva kod interpersonalnih odnosa, kao kad npr. majka uči prepoznavati mentalna stanja kod djeteta gledajući njegove facijalne ekspresije (Fonagy et al., 2011b).

Model bio-bihevioralnog prekidača (eng. *biobehavioral switch*) kojeg su predložili Fonagy i sur. (Fonagy et al., 2011b), povezuje mentalizaciju i privrženost na način da su komplementarne jedna drugoj. Aktivacija područja zaduženih za privrženost recipročno deaktivira ona zadužena za mentaliziranje, odnosno prenosi obrasce eksplicitne, kognitivne mentalizacije u implicitnu i nesvjesnu tako što minimalizira negativni afekt, što je uostalom i ključ privrženosti u ranom razvoju, kad npr. majka moderira negativni afekt kod vlastitog djeteta. Sigurni model privrženosti pak podrazumijeva simultanu (paradoksnu) aktivaciju oba područja, jer isti podrazumijeva uspješno mentaliziranje i regulaciju afekta, kao npr. kod majke koja vidi tužno lice vlastitog djeteta. Sposobna je mentalizirati djetetovo mentalno stanje i moderirati negativni afekt, jer je i sama imala pozitivna iskustva u vlastitoj prošlosti privrženosti (Fonagy & Target, 2006).

5. Operacionalizacija i mjerenje mentalizacije

Mentalizaciju odnosno razinu mentaliziranja je moguće objektivno mjeriti uz pomoć Intervjua modela privrženosti za odrasle (eng. *Adult Attachment Interview*, AAI), točnije uz pomoć skale reflektivne funkcije (eng. *Reflective function scale*, RF scale) koja proizlazi iz istog. AAI je polustrukturirani intervju kojeg su osmislili Kaplan, Goldwyn i Main u obliku neobjavljenog priručnika za kodiranje 1985. god., i sastoji se od 20 pitanja određenog redoslijeda. Od pacijenata se traži da odgovore na pitanja i opišu njihove odnose s roditeljima u djetinjstvu izabirući 5 pridjeva kojima bi iste odnose opisali. Kako bi se izvukle informacije vezane uz privrženost, pacijenti odgovaraju na koji način su roditelji reagirali na njih kada su bili u fizičkom i emocionalnom stresu. Također se od njih traži da se prisjete separacija, gubitaka i iskustava kada su bili odbačeni i mogućih sjećanja koja se vezuju uz događaje u kojima su se osjećali ugroženo. Intervju zahtijeva od pacijenata da promišljaju o odgojnim stilu njihovih roditelja i na koji način su iskustva s roditeljima iz njihovog djetinjstva moguće utjecala na pacijentovu ličnost. AAI predstavlja socio-emocionalni izazov koji izaziva stres u pacijenata, čak i kada se pacijenti čine ravnodušnim u odgovaranju na pitanja. Rezultati AAI-a kategoriziraju privrženost u 4 modela: siguran/autonoman, nesiguran/odbacujući, nesiguran/zaokupljen/zabrinut i nesiguran/neriješen/dezorganiziran (o čemu je riječ u sljedećem poglavlju) (de Haas et al., 1994).

RF skala mjeri koliko pacijenti razumiju iskustva privrženosti, u smislu prepoznavanja mentalnih stanja u socio-emocionalnim izazovima. Odgovori se kodiraju na skali od 11 bodova, od anti-reflektivan (-1) do iznimno reflektivan (9). Bodovanje se fokusira na 8 pitanja koja eksplicitno istražuju reflektivnu funkciju (Taubner et al., 2013). U originalu je RF skala zamijenila subskalu „metakognitivnog monitoriranja“ u AAI-u, što je učinio 1991. god. Fonagy u procesu razvijanja vlastitog koncepta mentalizacije. Validnost RF skale je derivirana iz istraživanja sposobnosti majke da predvide postojanje sigurnog modela privrženosti kod njihove djece, a ti su rezultati replicirani. RF skala je upotrijebljena u istraživanju ishoda liječenja graničnog poremećaja ličnosti, gdje se veća vrijednost na skali može povezati s generalno boljim mentaliziranjem kod pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

RF skala se također može upotrijebiti i u drugim kliničkim upitnicima i intervjuima kao i npr. Intervju razvoja roditelja (eng. *Parental Development Interview*, PDI), koji mjeri percepciju o modelu privrženosti od strane roditelja prema djetetu. Tako majke koje imaju visok broj bodova na RF skali u PDI-u, imaju veliku sposobnost mentalizacije svoga djeteta, a i same su imale sigurnu privrženost sa svojim majkama (Fonagy & Target, 2006).

U istraživanju Boucharda i dr., u kojem su uspoređivane vrijednosti mentalizacije dobivene RF skalom i, među ostalim, ocjenjivanjem verbalne elaboracije afekta, rezultati su pokazali da je RF jedini prediktor privrženosti, ali je imao manju važnost kod skupine ispitanika bez traume u djetinjstvu. Također rezultati su ukazali na nedostatak AAI-a i RF skale da prikazuje svu multidimenzionalnost mentalizacije, jer pacijent može dobro mentalizirati jedno afektivno mentalno stanje, a drugo lošije. S druge strane nedostatak verbalne elaboracije kao mogućeg pokazatelja mentalizacije jest mogućnost proučavanja samo onog mentalnog stanja koji je trenutačno u fokusu (Bouchard et al., 2008).

Potrebno je u budućnosti provesti još eksperimentalnih studija koje bi dodatno potvrdile validnost instrumenata za mjerenje mentalizacije i opravdale njihovu upotrebu u svakodnevnom kliničkom radu.

6. Poremećaji i deficiti mentalizacije

Poremećaji i deficiti mentalizacije posljedica su poglavito poremećaja privrženosti i traume u ranom razvoju. Izostanak sigurne privrženosti u ranom razvoju onemogućuju normalan razvoj mentalizacije i njenih aspekata kao regulatora selfa. Istraživanja su pokazala da nesigurni modeli privrženosti znatno oslabljuju ili u potpunosti onemogućuju izražavanje i regulaciju emocija i njenih somatskih korelata i utječu na pojavu somatizacijskih poremećaja, pojavu lažnog selfa i aleksitimije, poremećaja ličnosti, poremećaja hranjenja, slabe kontrole impulsa s agresivnim i/ili antisocijalnim ponašanjima te povećanu vulnerabilnost na stres i traumu (Allen & Fonagy, 2006),

Bowlbyev unutarnji radni model kod osobe jest prototip za sve daljnje interpersonalne odnose u njenom životu. Unutarnji radni model je relativno stabilan tijekom života i s obzirom da funkcionira izvan svjesnog, rezistentan je na promjene (Holmes, 2014). Intervju modela privrženosti za odrasle je klinički instrument kojim se osobe mogu klasificirati ovisno o kvaliteti privrženosti u djetinjstvu, što se procjenjuje iz njihovih sjećanja koje trebaju verbalizirati. Postoje četiri modela privrženosti: sigurni ili autonomni – u kojem je osoba imala kvalitetan odnos koji cijeni, sjećanja koherentno integrira u smisleni tijek i smatra da je odnos bio pozitivan za razvoj; nesiguran/odbacujući – u kojem osoba odbacuje ili negira sjećanja te idealizira ili obezvrjeđuje rani odnos; nesiguran/zaokupljen ili zabrinut – u kojem je osoba zbunjena, ljuta ili pasivna u ranom odnosu s njegovateljem i još uvijek se žali na njegovateljeve propuste iz prošlosti; te nesiguran/neriješen ili dezorganiziran – u kojem osoba pokazuje sjećanja na teško narušeni odnos sa semantičkim i sintaktičkim zabunama u prisjećanju, često se vezujući na neku traumu ili gubitak (Fonagy et al., 2000).

Kao što je već navedeno mentalizacija ima puni potencijal razvoja u kontekstu sigurnog modela privrženosti, dok je kod nesigurnih modela to ugroženo. Osobe čija se privrženost kategorizira u jedan od tri nesigurnih modela najčešće pokazuju deficite u mentaliziranju odnosno funkcioniraju na pre-mentalizacijskim ili nementalizacijskim razinama mišljenja, koje predstavljaju niže razvojne stupnjeve samoostvarenja. Fonagy te razine dijeli na: model pretvaranja (eng. *pretend mode*), psihičku ekvivalenciju (eng. *psychic equivalence*) i teleološki stav (eng. *teleological*

stance). U psihičkoj ekvivalenciji, osobe izjednačavaju njihov unutarnji svijet s vanjskim realitetom u kojem ne postoje alternativne perspektive te sadržaj uma postaje realan (npr. *flashback* epizode kod posttraumatskog stresnog poremećaja). Kod modela pretvaranja, koji je suprotan prethodnom, dolazi do odvajanja unutarnjeg i vanjskog svijeta (npr. u terapijskoj seansi psihoterapeut pokušava zajedno s pacijentom sagledati njegova unutarnja stanja, međutim dok je u modelu pretvaranja, na pacijenta ta sagledavanja nemaju nikakav utjecaj, jer dolaze iz vanjskog realiteta). Ideje ne stvaraju zadovoljavajući most između unutarnjih stanja i vanjske realnosti te afekti ne prate misli. Teleološki stav podrazumijeva da osoba prihvaća postojanje mentalnih stanja samo onda kada su razmotrene na konkretan i fizički evidentan način. Kod teleološkog stava se komunikacija unutarnjih mentalnih stanja događa samo kroz radnje, jer ideje i riječi nemaju veliko značenje (npr. samoozljeđivanje površnim zarezivanjem podlaktice kao odraz unutarnje boli) (Allen & Fonagy, 2006).

Fonagy je diskutirao o razumijevanju nasilja i agresivnosti kao nečeg što osoba kroz svoj razvoj uči ne-izražavati. Privrženost u tome evolucijski igra ulogu da se ta „prirodna“ i inherentna agresija socijalizira. Fizička agresija u ranom razvoju kao želja za kontrolom druge osobe oštećujući ju ili ozljeđujući ju, postupno nestaje razvojem mentalizacije i shvaćanja uma druge osobe. Osobe koje su agresivne od djetinjstva, kroz adolescenciju pa i u odrasloj dobi iskusili su privrženost kojom nisu uspjeli uspostaviti osjećaj za drugu osobu kao zasebnog psihološkog entiteta. Fonagy je također naglasio ulogu sposobnosti verbalne ekspresije i komunikacije, koji su uz ulogu privrženosti kao medija za uspostavu mentalizacije i regulacije selfa, ključni u socijaliziranju agresije (Fonagy, 2003). Taubner i sur. su istraživanjem na adolescentima ukazali na povezanost deficita mentalizacije sa psihopatskim crtama ličnosti i agresivnošću (Taubner et al., 2013).

Modelom somatizacijskog reagiranja su Borovnica i Šikanić pokušali integrirati mentalizaciju, privrženost i interpersonalni model somatizacije. Kod osoba koje su imale nesigurne modele privrženosti, kao što je već navedeno, smanjena je sposobnost mentalizacije. Regulacija selfa kod distresa se tada može podijeliti na „acting out“ – impulsno reagiranje (što je obilježje graničnog nivoa funkcioniranja ličnosti) te somatizaciju. Brojni faktori utječu na izraženost tih dvaju reagiranja, koja se jasno međusobno ne isključuju. Kod druge skupine osoba kod kojih se anksioznost i ugroženost očituju kao somatiziranje, nema sposobnosti

reprezentiranja vlastitih afekata – smanjena mentalizacija, niti sposobnosti verbalnog eksplicitno izražavanja – aleksitimija. Te osobe funkcioniraju na pre-mentalizacijskom nivou psihičke ekvivalencije u kojima se unutarnji konflikti eksternaliziraju kao tjelesni simptomi koje osoba konkretno shvaća kao da „nešto nije u redu s tijelom“ (Borovnica & Šikanić, 2011).

Poremećaji i deficiti mentalizacije su možda najbolje opisani kroz rad Batemana i Fonagya s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti te Skårderuda s pacijentima s poremećajima hranjenja.

Granični poremećaj ličnosti (eng. *borderline personality disorder*, BPD) je kompleksan i ozbiljan mentalni poremećaj karakteriziran pervazivnim obrascem poteškoća emocionalne regulacije i kontrole impulsa te nestabilnošću interpersonalnih odnosa i poremećene slike o sebi. BPD predstavlja javnozdravstveni problem prvenstveno iz razloga što se povezuje sa samoozljeđivanjem i suicidalnošću. BPD je relativno čest poremećaj u općoj populaciji s prevalencijom od 0,2-1,8%, a suicidalno ponašanje se bilježi i u do 69-80% pacijenata (s uspješnošću od oko 10%) (Bateman & Fonagy, 2010). AAI-om se pacijenti najčešće klasificiraju u nesigurno-zaokupljeni model privrženosti, a također je čest i dezorganizirani model (s obzirom na traumu ili zlostavljanje u djetinjstvu). Međutim Fonagy i sur. smatraju da to ima nekoliko ograničenja: nesigurno-zaokupljeni model je vrlo učestao u općoj populaciji te takav model privrženosti u djetinjstvu ipak pokazuje relativno stabilno funkcioniranje u odrasloj dobi (što nije karakteristika pacijenata s BPD-om) (Fonagy et al., 2000). Rastući konsenzus je da su središnje karakteristike ovog poremećaja: emocionalna disregulacija, visoka impulzivnost, poremećeno interpersonalno funkcioniranje. Unutar nesigurnog modela privrženosti javlja se nepodnošenje samoće, hipersenzitivnost na socijalnu okolinu, očekivanje hostiliteta od drugih osoba i nepostojanje pozitivnih sjećanja iz dijadnih ili trijadnih ranih odnosa (Fonagy et al., 2011b). Bateman i Fonagy su mentalizacijskim pristupom odredili tri dodatna aspekta ovog poremećaja: disocijativni komorbiditet koji je češći kod pacijenata s BPD-om (usko povezan sa stresom, emocionalnim zapuštanjem i suicidalnošću), poremećen osjećaj identiteta (s temeljnim poremećajem u razvoju mentalizacije i samoostvarenja) te povezanost s iskustvom intenzivne unutarnje boli (kod poremećenih interpersonalnih odnosa, zlostavljanja ili zanemarivanja u djetinjstvu) (Bateman & Fonagy, 2004). Visoka stimulacija adrenergicima i dopaminergicima u

distresu prebacuje kortikalno (mentalizacijsko) funkcioniranje u subkortikalno (automatsko i impulzivno) povezano s amigdalom i traumatskim sjećanjima kojima posreduje. To ukazuje na „pomaknutost“ odnosno poremećenost bioponašajnog prekidača koji upravlja ravnotežom mentalizacijskog i ne-mentalizacijskog funkcioniranja (normalne pojave kod „borbe ili bijega“, a pervazivne kod pacijenata s BPD-om). Pacijenti tada imaju usko-formiranu pažnju s visokom vigilnošću na dizrupcije odnosa kao moguće odbacivanje ili napuštanje (Fonagy et al., 2011b). Pacijenti s traumom u djetinjstvu ne-mentalizacijski funkcioniraju prvenstveno zato što je to adaptivni mehanizam. Kako bi se zaštitio od zlonamjernih i opasnih mentalnih stanja zlostavljača, pacijent je „naučio“ isključiti sposobnost reprezentiranja mentalnih stanja. To predstavlja glavnu prepreku u regulaciji selfa te pacijenti ne mogu poimati ni opisati što drugi misle ili osjećaju, a niti što misli ili osjećaju oni sami. Pacijenti s BPD-om intermitentno pokazuju karakteristike svih triju tipova pre-mentalizacijskih modela funkcioniranja: psihička ekvivalencija je istaknuta kod interpersonalnih odnosa, gdje pacijenti zbog nemogućnosti reprezentiranja mentalnih stanja druge osobe, apliciraju na odnos vlastiti unutarnji svijet (iščekivanje hostiliteta i strah od odbijanja i napuštanja) te ga izjednačavaju s realitetom; model pretvaranja je istaknut kod disocijacije pri povezivanju elemenata vanjskog svijeta s traumatskim sjećanjima; te teleološki stav kada verbaliziranje nije adekvatan medij za eksternalizaciju unutarnjeg svijeta, već je potreban fizički (fizička bliskost) (Fonagy et al., 2011b). Pacijent s dezorganiziranim modelom privrženosti je prisiljen u umu druge osobe tražiti ne reprezentacije vlastitih mentalnih stanja, već reprezentacije onih mentalnih stanja koje predstavljaju prijetnju selfu i samoostvarenju. Takva mentalna stanja mogu stvoriti „stranu prisutnost“ (eng. *alien presence*) u selfu, koji pacijent nastoji na sve moguće način re-eksternalizirati pa se česta pojavnost samoozljeđivanja i suicidalnosti može objasniti kao pokušaj te re-eksternalizacije (Fonagy et al., 2000).

Anoreksija je jedan od najčešćih poremećaja hranjenja, s porastom prevalencije unazad dvadesetak godina. Češće se pojavljuje kod djevojaka u prevalenciji od 0,5-1%. Karakterizirana je namjernim gubitkom tjelesne težine, smanjivanjem ili odbijanjem unosa hrane, strahom od debljanja i poremećenom slikom tijela. Od tjelesnih karakteristika najvažnije su reproduktivni poremećaji – amenoreja (Marčinko, 2013). Pacijenti s anoreksijom posebno su obilježeni

konkretiziranjem simptoma. Kognitivno i emocionalno su zaokupljeni tjelesnim kvalitetama, kao što je oblik tijela i tjelesna težina, što ponekad doseže opsesivno-kompulzivne razine. Skårderud se u svome radu služio konceptom konkretiziranih metafora (eng. *concretised metaphors*) (Skårderud, 2007a), kada pacijenti nisu u stanju poimati metafore kao neizravno izražavanje, već kao nešto izravno i tjelesno, pokazatelji konkretnog realiteta, što vuče paralelu s pre-mentalizacijskim modalitetom psihičke ekvivalencije (Bateman & Fonagy, 2004). To se prvenstveno tiče konkretiziranja tijela, gdje se tjelesna iskustva doživljavaju kao konkretna stvarnost. Skårderud je te metafore podijelio na specifične (koje su više jednodimenzionalno senzorimotorno iskustvo) i složene (koje su više globalnije i tiču se više dimenzija odnosno kombiniraju više specifičnih metafora) (Skårderud, 2007a). Specifične metafore jesu npr. punoća i praznina (količina hrane odnosno emocija u tijelu), čistoća, prostornost (zauzimanje prostora povećanom tjelesnom masom odnosno poremećenom uvećanom slikom tijela), težina i lakoća, čvrstoća (npr. mišića kod vježbanja ili kostura kod mršavljenja, što predstavlja mogućnost nadzora i sigurnosti nad tijelom) te uklanjanje (mršavljenje uklanja negativne emocije). Složene metafore jesu npr. kontrola (kontrola apetita kada je nemoguća kontrola unutarnjih stanja), vulnerabilnost (emocionalna vulnerabilnost zahtijeva fizičko zatvaranje ustiju i tijela) i osobno vrednovanje (pacijent ne zasluhuje hranu jer nema kontrolu nad selfom). Sve ove brojne kategorije pokazuju na polisemantičnost tijela, pacijenti mogu intermitentno ili istovremeno kombinirati više različitih metafora kao adaptivne mehanizme (Skårderud, 2007a). Iz tog razloga je anoreksija zapravo poremećaj selfa, gdje konkretizirane metafore služe održavanju kohezije i stabilnosti fragilnog selfa (Skårderud, 2007b). Pacijenti s anoreksijom su na AAI-u imali uz pacijente s BPD-om izrazito smanjenu RF. Već je Bruch prije četrdesetak godina prepoznala teškoće pacijenata s anoreksijom u prepoznavanju i kognitivnom interpretiranju podražaja iz tijela, što je Skårderud osuvremenio upotrebom mentalizacijskog pristupa (Skårderud, 2009). S obzirom na deficit mentaliziranja, pacijenti s anoreksijom nemaju uvid u bolest, niti mogu verbalno izraziti unutarnji emocionalni svijet (aleksitimija). Pacijenti s anoreksijom istovremeno mogu doživljavati vlastito tijelo kao pre-stvarno i pre-nestvarno (Skårderud, 2007c).

7. Preklapajući pojmovi i koncepti

Mentalizacija kao pojam i koncept koji su uveli i razvili Bateman i Fonagy početkom 90-ih godina prošlog stoljeća, već se nazirao u psihoanalitičkoj literaturi od 60-ih godina prošlog stoljeća nadalje. Pojmovi koji su tada rabljeni bili su: „metabolizacija“, „simbolizacija“, „sekundarni mentalni procesi“, „alfa funkcija“ i sl. S obzirom na širinu pojma i područja koje mentalizacija obuhvaća, paralelno su se s istom razvijali slični koncepti, neki od kojih su i danas prisutni u znanstvenoj literaturi (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Najpoznatiji od tih koncepata jesu: teorija uma, simbolizacija (eng. *symbol formation* ili *symbolization*), mentalna ispunjenost (eng. *mindfulness*), psihološka umna naklonost (eng. *psychological mindedness*), empatija, afektivna svijest (eng. *affect consciousness*), emocionalna inteligencija, intersubjektivnost i introspekcija.

O teoriji uma je bilo riječi u prvom poglavlju, s obzirom da je taj konstrukt Fonagy iskoristio kao podlogu za kreiranje koncepta mentalizacije, spajajući mentalizaciju kao teorijski i klinički širok pojam u psihoanalizi s kognitivnom znanošću i filozofijom uma (Giannoni & Corradi, 2006).

Simbolizacija je jedna od klasičnih ideja u psihoanalizi koja seže još od Freuda i njegove ideje da snovi simboliziraju unutarnji svijet želja i htjenja koje su zbog konflikta suprimirane i preusmjerene u vanjskom svijetu u obliku simbola. Simbolizacija je zapravo sposobnost osobe da stvori i internalizira reprezentaciju objekta na nesvjesnoj razini. Simbol može biti bilo što u vanjskom svijetu što nesvjesno reprezentira internalizirani objekt. Klein i Segal daju veliku važnost sposobnosti simbolizacije za razvoj selfa. Segal povlači paralelu između Bionove alfa-funkcije i simbolizacije, gdje nesvjesne želje postaju eksternalizirani simboli, koji tada postaju dostupni za osviješćenjem. Segalino simboličko izjednačavanje (eng. *symbolic equation*) uvelike je slično pre-mentalizacijskom modelu psihičke ekvivalencije, gdje je unutarnji svijet (nesvjesne želje, internalizirani objekt) istovjetan vanjskom (simbolima kojima se te želje i objekti reprezentiraju). Mentalizacija se sa simbolizacijom preklapa u implicitnoj dimenziji, s obzirom da simbolizacija postaje eksplicitna samo osvješćivanjem njenog sadržaja odnosno svjesnim reprezentiranjem nesvjesnih mentalnih stanja, što se upravo i postiže mentalizacijom (Quinodoz, 2008).

Mentalna ispunjenost je definirana kao održavanje nečije vlastite svijesti za sadašnjim realitetom. Koncept je deriviran iz istočnih meditativnih tehnika, a kasnije i danas implementiran u nekoliko modaliteta terapije uključujući i dijalektičku bihevioralnu terapiju. Mentalna ispunjenost se širi u dvije domene: regulacija pažnje te prihvatanje i otvorenost iskustvima. Mentalna ispunjenost je zapravo sposobnost opažanja i opisivanja vlastitih iskustava, sagledavajući ih bez osuđujućeg stava. Mentalna ispunjenost se preklapa s mentalizacijom na način da su obje usmjerene na proučavanje selfa i eksplicitno izražavanje integriranih kognitivnih i afektivnih aspekata mentalnih stanja. Razlikuju se u tome da je mentalna ispunjenost usmjerena samo na self, a ne druge osobe (zanimljivo je da ipak uključuje iskustva interakcije s neživim stvarima). Također, mentalna ispunjenost je vremenski jednodimenzionalna ograničavajući se samo na sadašnjost, a ne čitavi vremenski kontinuum. Mentalna ispunjenost cilja na prihvatanje unutarnjih iskustava, a mentalizacija se fokusira na stvaranje reprezentacija i značenja vezana uz takva iskustva (Davis & Hayes, 2011).

Psihološka umna naklonost je definirana kao sposobnost za uviđanjem odnosa između misli, osjećaja i radnji, s ciljem saznavanja značenja i uzroka vlastitih iskustava i ponašanja. Percipiranje veza između značenja i uzroka podrazumijeva očuvanu kogniciju i empatiju s ciljem pronalaska značenja ponašanja. Druga definicija kaže da je psihološka umna naklonost refleksija o značenjima i motivaciji ponašanja, misli i osjećaja kod sebe samih i drugih, dodajući time interpersonalnu komponentu. Psihološka umna naklonost se preklapa s mentalizacijom po njenim definicijama, a s obzirom na dimenzije koncepta psihološka umna naklonost se bavi eksplicitnim razrađivanjem mentalnih stanja istovremeno naglašavajući kognitivnu i afektivnu komponentu istih po čemu je slična mentalizaciji. Iako druga definicija dodaje interpersonalnu komponentu njena je uloga mala, s obzirom da koncept ne objašnjava sposobnost uviđanja mentalnih stanja kod drugih, već samo interes za njih (Hall, 1992).

Empatija je možda najpoznatiji pojam kada je riječ o interpersonalnim odnosima. Decety i Jackson su u svome radu iznijeli koncizan i razumljiv model, s obzirom da je empatija definirana na brojne načine u literaturi. Njihova definicija empatije jest da je to složen oblik psiholoških zaključaka u kojima opažanja, sjećanja, znanja i razum kombinirano prinosu uvidu u misli i osjećaje drugih. Nadalje pronalaze

zajedničke karakteristike brojnih definicija i zaključuju da je empatija: afektivna reakcija koja uključuje dijeljenje emocionalnog stanja s drugom osobom, kognitivna sposobnost za imaginacijom perspektive druge osobe i stabilna sposobnost za održavanje distinkcije self-druga osoba. Empatija se preklapa s mentalizacijom zato što obje uključuju razumijevanje mentalnih stanja druge osobe, dok empatija dodaje dimenziju dijeljenja i brige o tim stanjima. Empatija je više usmjerena na drugu osobu, dok je mentalizacija jednako fokusirana na self i drugu osobu. Također, iako može funkcionirati eksplicitno i implicitno empatija to najčešće čini implicitno te iako može uključivati kognitivni aspekt, njen sadržaj je uvelike afektivan (Decety & Jackson, 2004).

Afektivna svijest se odnosi na aktivaciju osnovnih afekata i osobne sposobnosti da se svjesno percipiraju, promišljaju i izražavaju. Mentalizacija i afektivna svijest su slični po tome što se obje temelje na reprezentaciji i interpersonalnoj komunikaciji afektivnih mentalnih stanja. Međutim, afektivna svijest je eksplicitnija, jer se više fokusira na svjesno opažanje i izražavanje afektivnih mentalnih stanja. Iako je okrenuta i selfu i drugoj osobi, kao i mentalizacija, afektivna svijest se bavi samo afektivnim mentalnim stanjima, dok mentalizacija uključuje i brojna druga (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Emocionalna inteligencija je sposobnost za nadgledanjem vlastitih i tuđih osjećaja, sposobnost razlikovanja osjećaja i njihovog pravilnog imenovanja te korištenja tako dobivenih informacija za usmjeravanje razmišljanja i ponašanja. Kao koncept je najbliža empatiji, ali za razliku od nje je jednako usmjerena selfu i drugoj osobi. Od mentalizacije se razlikuje prvenstveno zbog naglaska na afektivnom sadržaju mentalnih stanja. Danas je emocionalna inteligencija kao koncept pronašla mjesto u znanstvenoj popularistici (najviše u području pop-psihologije) (Goleman, 2009).

Intersubjektivnost kao psihoanalitički koncept najčešće je upotrijebljen za opis terapijskog odnosa koji je analogan ranijim interpersonalnim odnosima. Intersubjektivnost je definirana kao zajednička kognicija i konsenzus između selfa i druge osobe (pacijenta i terapeuta), stvarajući „zajednički-dijeljeno“ znanje koje omogućuje uvid u mentalna stanja. Intersubjektivnost naglašava čovjeka kao inherentno socijalno biće (Gillespie & Cornish, 2009). Ogden je istraživao uzajamno djelovanje subjektivnosti i intersubjektivnosti u psihoterapijskom kontekstu i osmislio

termin „analitički treći“. Ta treća subjektivnost u intersubjektivnosti je proizvod jedinstvene dijalektike među odvojenim subjektivnostima pacijenta i terapeuta u terapijskom okružju. Međusobnim uvažavanjem pacijent i terapeut preuzimaju transformirane individualne, ali opet međuzavisne subjektivnosti iz analitičkog trećeg, što je i cilj terapijskog procesa (Ogden, 2004; Marčinko, 2011).

Introspekcija kao više filozofski pojam također podrazumijeva percepciju vlastitih i tuđih mentalnih stanja kao osnovna ljudska karakteristika odnosa s okolinom i reagiranja na nju (Schwartzgebel, 2014).

Mentalna ispunjenost, psihološka umna naklonost, empatija i afektivna svijest su operacionalizirani u razne inventare i implementirani u različite psihoterapijske smjerove. Potrebna su daljnja istraživanja koja bi utvrdile sve razlike i sličnosti s mentalizacijom. S obzirom na mnoštvo sličnosti među svim tim konceptima pitanje je vremena kada će se svi uskladiti, a mentalizacija možda postati predvodeći koncept.

8. Mentalizacija u terapiji

Psihijatrijsko liječenje je zapravo pružanje razvojne pomoći ondje gdje je razvoj zapeo ili stao u potpunosti. Nerijetko su ozbiljni psihijatrijski poremećaji zapravo zapinjanje u ponavljajućim obrascima koji se ponavljaju u nedogled. Poremećaji kao npr. ovisnost, depresija ili poremećaji ličnosti u srži imaju probleme s mentalizacijom i pokazuju nefleksibilnost. Također isti su prilagodbe odnosno načini rješavanja teškoća. Promjena donosi anksioznost, jer je anksioznost odgovor na novo i nepoznato (Allen et al., 2003).

Jedan od ciljeva psihijatrijskog odnosno psihoterapijskog liječenja koji se temelji na mentalizaciji trebao bi težiti k uspostavi adekvatne mentalizacije ondje gdje je ona slaba ili ne postoji. Mentalizirajući, pacijenti su u boljoj poziciji odabrati načine na koje koriste liječenje, odnose se s drugima i suočavaju sa stresom, nedaćama, izazovima i slabostima. Terapijski plan je plan svakako potrebno individualizirati i isti može uključivati jednu ili kombinaciju više individualnih ili grupnih intervencija i farmakoterapiju. U svakom slučaju sve intervencije imaju tri zajednička cilja: prvo, ojačati mentalizaciju, osjećaj samoostvarenja i mogućnosti izbora; drugo, ojačati kontrolu i kapacitet za samoregulaciju; i treće, promovirati svijest o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima (Allen & Fonagy, 2006).

Terapija temeljena na mentalizaciji (eng. *mentalization based treatment*, MBT), je terapijski koncept kojeg su osmislili Bateman i Fonagy u radu s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti te je za isti najviše i prilagođen (Bateman & Fonagy, 2010). Oni konstatiraju da terapijski koncept ne predstavlja u stvari novitetni odnosno originalan pristup, već neizmijenjenu implementaciju kombinacije razvojnih procesa prisutnih kod svakog čovjeka – izgradnju privrženosti i koherentnu reprezentaciju vlastitih osjećaja i misli. U tom kontekstu naglašavaju da iako je koncept osmišljen u radu s pacijentima s BPD-om, isti se može implementirati za naprosto sve oblike intervencija i sve poremećaje, kao i npr. za poremećaje hranjenja (Skårderud, 2007c). Holmes smatra da integrativni pristupi u kojima se preklapaju psihoanalitička MBT i kognitivno temeljene terapije kao kognitivno-bihevioralna terapija jesu budućnost psihoterapije općenito (Holmes, 2005).

Aspekti uspješne intervencije s ciljem oporavka mentalizacije jesu: strukturirani pristup terapeuta koji onemogućava pretpostavke o pacijentovoj

moćnosti mentalizacije; fokusiranje na pacijentovu epizodičku memoriju; stimuliranje pacijenta da kreira sliku o interpersonalnim interakcijama; terapeut nudi alternativu pogleda na iste; korištenje pacijentovog emocionalnog odgovora za prilagođavanje sve težim situacijama; te terapeutovo kontingentno/kongruentno i usklađeno zrcaljenje, što kreira siguran interpersonalni okoliš (Fonagy et al., 2011a).

Svaki oblik intervencije započinje procjenom od strane psihijatra ili drugih stručnjaka uključenih u intervenciju. Cilj procjene je odrediti pacijentov kapacitet za mentalizaciju, područja funkcioniranja ličnosti koja su jača te ona koja predstavljaju teškoće. U tu svrhu mogu se iskoristiti i prethodno navedeni klinički instrumenti kao što je AAI sa skalom reflektivne funkcije (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Oblici intervencija mogu biti različiti: individualna psihoterapija, u kojoj se pronalazi analogna privrženost između pacijenta i terapeuta koji ima mogućnost promicanja mentalizacije; grupna psihoterapija, u kojoj dolazi do izražaja vježbanje mentalizacije na različitim članovima grupe koji svaki za sebe imaju različita mentalna stanja i emocije; obiteljska i bračna terapija, u kojoj se mentalizacija vježba na već ranije ostvarenim funkcionalnim ili ne-funkcionalnim odnosima te brojni drugi oblici intervencija. Iako možda nije u potpunoj suglasnosti s konceptom mentalizacije, ne smije se zaboraviti važnost psihofarmaka u liječenju poremećaja s obzirom na istraženu neurobiologijsku osnovu mentalizacijskih mehanizama. Naime, poremećaji raspoloženja i anksioznost kao samo neki od glavnih distresora mogu onemogućiti postizanje punog kapaciteta rješavanja problema i vježbanja mentalizacije (Allen et al., 2003).

U svakom od odabranih oblika intervencija najvažnija jest pacijentova odluka da se odriješi destruktivnih i repetitivnih obrazaca nementalizirajućih ponašanja. Iako su takvi obrasci ponašanja pratili pacijenta čitav život, pomagali im u funkcioniranju bez obzira na njihove štetne posljedice i bez obzira na to da ih se nelako odriču, terapija im pomaže da sagledaju iste i shvate što čine sebi i drugima te im pomaže zamijeniti takve obrasce, koji daju iluziju kontrole, s realnim vještinama suočavanja i realnom sigurnom privrženosti. Važno je zapamtiti da je odnos pacijent-terapeut partnerski odnos koji se uvijek temelji na međusobnom razumijevanju. Onda kada pacijent surađuje i umije koristiti terapijski proces za vlastitu dobrobit, jedino tada može napredovati.

U nastavku ćemo se osvrnuti na primjenu MBT-a kod graničnog poremećaja ličnosti za kojeg je ta terapija i koncipirana te kod poremećaja hranjenja za koji ima teorijske postavke za praktično djelovanje.

U radu s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti Bateman i Fonagy su kreirali smjernice za primjenu MBT-a (Bateman & Fonagy, 2010). Zadatak je MBT-a da stabilizira emocionalnu ekspresiju, jer bez regulacije afekta nema mogućnosti za sagledavanjem unutarnjih reprezentacija. Taj je zadatak na prvom mjestu, jer nemogućnost regulacije afekta kod pacijenata s BPD-om može predstavljati prijetnju nastavku terapije, a potencijalno i ugrozu pacijentovog života. Kao što je već prije navedeno, sljedeći od zadataka je povratiti mentalizaciju kada je izgubljena odnosno održati ju kada bi mogla biti izgubljena ili kada se već gubi. To znači spriječiti vraćanje na ili uporno korištenje pre-mentalizacijskih modela.

Za provedbu ovih zadataka terapeut mora preuzeti sljedeći terapijski stav: prilaziti pacijentu na način da „ne znamo“ o njemu (bez predrasuda); imati strpljenja za prepoznavanje razlika u perspektivama; prihvaćati i pridavati važnost različitim perspektivama; aktivno propitivati o iskustvima i detaljnim eksplicitnim opisima istih te oprezno izbjegavati potrebu za objašnjavanjem nečega što nema smisla. Naravno, bitno je da terapeut monitorira vlastitu mentalizaciju i prepoznae kada sam pogriješi u mentaliziranju. Iako je potrebno izbjegavati objašnjavanje onog što nema smisla, bolji uvid u pacijentovo razmišljanje jest mentalizirati transfer (eng. *mentalizing the transference*). To u praksi znači: razumjeti pacijentovu perspektivu odnosno validirati transferne osjećaje; eksplorirati događaje koje su doveli do transfera, ponekad i do najmanjih detalja; prihvatiti ulogu koju je pacijent dodijelio terapeutu; zajednički dolazak do interpretacije; terapeutovo nuđenje alternativne perspektive te oprezno monitoriranje pacijentovih i vlastitih reakcija. Bitno je naglasiti da za upotrebu ovog pristupa pacijent mora imati minimum mentaliziranja (Bateman & Fonagy, 2010; Allen & Fonagy, 2006).

S obzirom na vulnerabilnost pacijenata s BPD-om, u terapiji je bitno izbjegavati situacije u kojima se traži od pacijenata da objašnjavaju mentalna stanja koja ne mogu povezati s percipiranom realnosti (kada pacijent koristi model pretvaranja). To zapravo znači: manji naglasak na „duboke“ interpretacije, reorijentiranje cilja procesa k oporavku mentalizacije, izbjegavanje oživljavanja prošlih traumi (osim u kontekstu percepcije sadašnjih mentalnih stanja povezanih s

odnosom zlostavljača-žrtve). Također, s obzirom na teškoću pacijenata da razmišljaju o mentalnim stanjima i emocijama u interpersonalnim odnosima, od velike je pomoći ako je terapijski proces što jednostavniji za razumijevanje, uključuje aktivno pacijenta, fokusiran je na pacijentov um za razliku od ponašanja, povezan je sa sadašnjim događajima ili aktivnostima i koristi terapeutov um kao model. Izrazito je važno znati prepoznati kada je pacijent emocionalno jako pobuđen, što bi predstavljalo prepreku nastavku terapije (Fonagy et al., 2011a).

Efektivnost MBT-a potvrđena je randomiziranim kontroliranim pokusima. Studije su pokazale poboljšanje kod pacijenata podvrgnutih MBT-u u bolničkom okruženju, a pri ponovnom pregledu stanje je ostalo bolje nego kod kontrolne skupine. Isto vrijedi i za ambulantne pacijente (Bateman & Fonagy, 2010).

Zaključno, oporavak mentalizacije kod pacijenata s BPD-om pomaže da reguliraju misli i emocije, što čini interpersonalne odnose i samoregulaciju–realno mogućima.

Veću pažnju u primjeni mentalizacije u terapiji poremećaja hranjenja (poglavito anoreksije) posvetio je Skårderud (Skårderud, 2007a), a naznake tog pristupa postavila je Bruch (iako je mentalizacija u njeno doba nije bila konceptualizirana kao danas). Metaforu „zlatnog kaveza“ koju je osmislila Bruch kao prostora u kojem su pacijenti s anoreksijom zarobljeni, ali sigurni, možda najbolje ukratko opisuje stanje takvih pacijenata (Bruch, 1978; Skårderud, 2009).

Prognoza liječenja anoreksije nije povoljna, to je poremećaj s jednim od najvećih postotaka smrtnih ishoda, prvenstveno zbog fizičkih komplikacija. Pacijenti su slabo motivirani za terapiju i često su kroz proces ambivalentni. Mentalizacijski pristup shvaća poremećaje hranjenja kao prvenstveno poremećaje selfa i regulacije afekta (Marčinko, 2013).

Skårderud je psihoterapijski proces kod anoreksije opisao kao relacijski proces u kojima konkretizirane metafore tijela, odlike pre-mentalizacijskih modela, prelaze u one prave i verbalizirane koje zapravo označavaju prave reprezentacije odnosno oporavak mentalizacije (Skårderud, 2007b).

Terapijski proces je ograničen mnogobrojnim čimbenicima od strane pacijenata i terapeuta. Pacijenti nemaju uvid u bolest, jer, kao što je već navedeno, nemaju mogućnost shvaćanja simbolike tjelesnih funkcija, već iste konkretiziraju. Nadalje postoji problem aleksitimije i „sve ili ništa“ pristupa terapijskoj seansi (periodi

pacijentove dugotrajne šutnje i periodi eksplozivnih afekata). Poseban je čimbenik ograničenja oporavna funkcija simptoma koja im služi za pokušaj regulacije afekta i selfa (simptomi iluzorno „poboljšavaju“ stanje pacijenta). Iz tog razloga, ali iz razloga što imaju nisko samopuzdanje i povećanu potrebu za pohvalom i cijenjenjem, mogu biti lažno suradljivi u terapiji (eng. *pseudo-compliance*) i pristojno na sve pristajati, a zapravo su ambivalentni naspram terapijskom procesu. S druge strane terapeuti mogu ograničiti terapijski proces kada nisu spremni na posebnu problematiku pacijenata s poremećajima hranjenja. Šutnja, izoliranje, odbijanje i uvlačenje terapeuta u pre-mentalizacijske modele funkcioniranja jesu glavni disruptori terapijskog odnosa i posljedično uzrok odustajanja od liječenja (s jedne ili s druge strane) (Skårderud, 2007c).

U skladu s modelom MBT-a, prioritet terapije nije sadržaj, nego funkcija odnosno nema duboke interpretacije, već razvijanje funkcije obraćanja pažnje na sebe i druge. Terapeut primjenjuje već prethodno navedene smjernice: zauzima mentalizirajući stav (propituje vlastita i pacijentova mentalna stanja), fokusira se na sadašnja mentalna stanja, usklađeno zrcali pacijentova stanja i izbjegava predrasude o funkcioniranju pacijenta te odavanje jednostranih interpretacija (koje pacijenti shvaćaju kao način na koji bi trebali misliti ili osjećati, što ponovno potkopava samopouzdanje u vlastite psihičke sposobnosti funkcioniranja). Pridržavanje tih smjernica, jasno, ostvaruje stabilnu i sigurnu privrženost koja omogućuje daljnje istraživanje simbolike tijela odnosno poticanje mentaliziranja tijela (eng. *minding the body*), kojim pacijenti počinju povezivati vlastita tjelesna iskustva s osjećajima i mislima u kontekstu s interpersonalnim odnosima (Skårderud, 2007c; Marčinko, 2013).

Potrebne su studije koje bi klinički potvrdile efikasnost primjene MBT-a kod poremećaja hranjenja, ali s obzirom na teorijske postavke ova terapija može predstavljati jedan od ključeva za otključavanje njihovog „zlatnog kaveza“.

9. Zaključak

Ogroman i brz napredak znanosti pa tako i medicine potiče kliničke stručnjake da budu u stalnom toku s novim saznanjima i spoznajama u njihovom području. Tako i psihijatrija ne zaostaje za ostalim specijalnostima u medicini i njeno znanje konstantno raste. U vremenu u kojem će sadašnje znanje vjerojatno biti opsoletno za desetak godina, nova razmišljanja i prilagodba na nova saznanja ključna su za suvremenog kliničara i njegov opstanak u djelatnosti znanstveno utemeljene medicine.

S obzirom na te postavke smatram da su mentalizacija i teorija uma inovativni koncepti koji unaprjeđuju poimanje čovjeka kao jedinke čija je jedna od glavnih karakteristika da je socijalno biće. Mentalizacija ima velik potencijal da pruža odgovore na brojna nerazjašnjena pitanja koja se kriju kod poremećaja mentalnog funkcioniranja. Kao što se uspješno implementira u shvaćanje poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja, neupitno je da će se uskoro implementirati u shvaćanje i terapiju brojnih drugih poremećaja, jer je mentalizacija jedan od ključnih sposobnosti koje čovjek posjeduje, poimanje sebe samog i drugih.

Može se nagađati da je potpuno shvaćanje uma desetljećima ili stoljećima daleko, a možda i nikad dostižno. No, inovativni koncepti poput teorije uma i mentalizacije sigurno su velik korak naprijed u modernoj medicini 21. stoljeća.

Zahvale

Zahvalio bih se mentoru doc. dr. sc. Darku Marčinku na prilici za pisanje rada, a dr. Aranu Tomcu na buđenju interesa za psihijatriju kroz godine suradnje. Također bih se zahvalio mojoj obitelji i ljudima koje volim na podršci kroz studij i život, tijekom svih ovih godina.

Literatura

- Allen, J. G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). *Mentalizing as a Compass for Treatment*. Preuzeto 25. ožujak 2015. iz The Menninger Clinic: <http://www.menningerclinic.com/education/clinical-resources/mentalizing>
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Ur.). (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex, UK: John Wiley and Sons.
- Baldoni, F. (2010). Attachment, danger and role of the father in family life span. *Transilvanian Journal of Psychology*, 4, 375-402.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind" ? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109, 1-9.
- Borovnica, V., & Šikanić, N. (2011). Odnos somatizacijskog poremećaja, nivoa organizacije ličnosti, obrasca afektivne privrženosti i mentalizacije. *Psihijatrija danas*, 43, 83-94.
- Bouchard, M.-A., Lecours, S., Tremblay, L.-M., Target, M., Fonagy, P., Schachter, A., et al. (2008). Mentalization in Adult Attachment Narratives: Reflective Functioning, Mental States, and Affect Elaboration Compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.
- de Haas, M. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1994). The Adult Attachment Interview and Questionnaires for Attachment Style, Temperament, and Memories of Parental Behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 155(4), 471-486.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Dennett, D. (1996). *The Intentional Stance* (6. izd.). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Fletcher, P. C., Happé, F., Frith, U., Baker, S. C., Dolan, R. J., Frackowiak, R. S., et al. (1995). Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. *Cognition*, 57, 109-128.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder: A Theory and Some Evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122.
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, 183, 190-192.

- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Bateman, A. (2011a). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 98-110.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011b). Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the Neurobiology of Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2005). Theory of Mind. *Current Biology*, 15(17), R644-R645.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. *Neuron*, 50, 531-534.
- Gabbard, G. O. (2005). Mind, Brain, and Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 648-655.
- Giannoni, M., & Corradi, M. (2006). How the mind understands other minds: cognitive psychology, attachment and reflective function. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 271-284.
- Gillespie, A., & Cornish, F. (2009). Intersubjectivity: Towards a Dialogical Analysis. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 40(1), 19-46.
- Goleman, D. (2009). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ* (Elektroničko izd.). New York: Bantam Books.
- Hall, J. A. (1992). Psychological-Mindedness: A Conceptual Model. *American Journal of Psychotherapy*, 46(1), 131-140.
- Holmes, J. (2005). Notes on mentalizing – Old hat, or new wine? *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 179-197.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and Attachment Theory* (2. izd.). New York: Routledge.
- Honderich, T. (Ur.). (2005). *The Oxford Companion to Philosophy* (2. izd.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Marčinko, D. (2011). Intersubjectivity and Psychopharmacotherapy in the Treatment of Chronically Suicidal Patients. *Psychiatria Danubina*, 23(3), 325-327.
- Marčinko, D. (2013). *Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska Naklada.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., & Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(816).
- Ogden, T. H. (2004). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 167-195.
- Quinodoz, J.-M. (2008). *Listening to Hanna Segal: Her Contribution to Psychoanalysis*. New York: Routledge
- Saxe, R., & Young, L. (2013). Theory of Mind: How brains think about thoughts. U K. Ochsner, & S. Kosslyn (Ur.), *The Handbook of Cognitive Neuroscience*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Schwitzgebel, E. (24. travanj 2014.). *Introspection*, Ljeto 2014. (E. N. Zalta, Urednik) Preuzeto 30. ožujak 2015. iz The Stanford Encyclopedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/introspection/>
- Skårderud, F. (2007a). Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa – an interview study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163-174.

- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa – theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243-252.
- Skårderud, F. (2007c). Eating One's Words, part III. Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa – An Outline for a Treatment and Training Manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339.
- Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *European Eating Disorders Review*, 17, 83-88.
- Stevenson, A. (Ur.). (2010). *Oxford Dictionary of English* (3. izd.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment-Related Mentalization Moderates the Relationship Between Psychopathic Traits and Proactive Aggression in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 929-938.
- Tordjman, S. (2010). At the crossroads between psychoanalysis and neuroscience: The importance of subjectivity. *Journal of Physiology – Paris*, 104, 232-242.

Životopis

Rođen sam 22. ožujka 1991. god. u Puli gdje sam proveo djetinjstvo i završio Gimnaziju Pula – prirodoslovno-matematički smjer i Srednju glazbenu školu „Ivana Matetića Ronjgova“ u Puli – smjer glazbenik-instrumentalist saksofonist. Godine 2009. upisujem Medicinski fakultet u Zagrebu. Tijekom studija bio sam dvije godine demonstrator na Katedri za anatomiju i kliničku anatomiju. Od 2012. god. surađujem u znanstveno-istraživačkom radu s dr. Aranom Tomcem na Klinici za psihološku medicinu, KBC-a Zagreb. Aktivan sam član, a od ak. god. 2013./2014. i predsjednik Pjevačkog zbora Medicinskog fakulteta „Lege artis“. Također sam član „Puhačkog orkestra grada Pule“. Na studiju sam nagrađen Dekanovom nagradom za najboljeg studenta za ak. god. 2010./2011., a s Pjevačkim zborom „Lege artis“ sam nagrađen Posebnom rektorovom nagradom za ak. god. 2012./2013. Stipendist sam Istarske županije od 2010.-2014. god., a ak. god. 2014./2015. postao sam stipendistom „Zaklade Adris“. Služim se aktivno talijanskim, engleskim i španjolskim jezikom. Područje mog interesa u medicini je psihijatrija, a posebice poremećaji ličnosti i samoozljeđivanje.